



Aufnahmeantrag

Altenzentrum Hospital

Hospitalgasse 1-3, 36251 Bad Hersfeld

☎ 06621 5046-0 📠 06621 5046-50

Mail: info@badhersfeld-gesundbrunnen.org

Internet: www.bad-hersfeld.gesundbrunnen.org

Allgemeines:

: Hiermit bitte ich um Aufnahme in

Langzeitpflege: Doppelzimmer Einzelzimmer

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege gewünschter Termin: von _____ bis: _____

Tagespflege gewünschte Wochentage: Mo Di Mi Do Fr Sa

Anzahl gewünschte Tage in der Woche: 1 2 3 4 5 6

Fahrdienst vom Haus erforderlich: Hin Zurück

Dringlichkeit, Grund: _____

Aufnahme gewünscht ab: _____

Persönliche Informationen:

Name _____

Konfession _____

Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Vorname _____

Ehemaliger Beruf _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

Geburtsort _____

Ehegatte: _____

Name und Geb. Datum (auch wenn verstorben)

Aktuelle Anschrift _____

Kinder _____

Zahl, Namen

Telefon _____

Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad _____ seit _____

Wir bitten um eine Kopie des Bescheides!

Pflege- bzw. Krankenkasse: _____

Hausarzt: (Anschrift und Tel.) _____

KV-Nr.: _____

Beihilfeberechtigt Ja Nein

Privatversichert Ja Nei





Aufnahmeantrag

Die nächsten Angehörigen und/oder ggf. Bevollmächtigter bzw. Betreuer: (ggf. Kopie Vollmacht oder Betreuungsausweis beifügen)

1) _____
Name

Adresse

Telefon

E-Mail

2) _____
Name

Adresse

Telefon

E-Mail

Finanzierung der Leistungen:

Der Eigenanteil wird wie folgt finanziert:

a) _____ / _____ €
Art des Einkommens / Zahlende Stelle Betrag

b) _____ / _____ €

Die Aufenthaltskosten werden aufgebracht durch:

mich selbst

und/oder das Sozialamt in _____

und/oder von _____

Unterschrift:

Datum _____

Unterschrift
Antragsteller/in _____

.....
(ggf. gesetzlicher Betreuer oder
Bevollmächtigter)

